Rok X. Lwów, maj 1911. Nr. 5.

PRZEGLĄD HYGIENICZNY

ORGAN

TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO i TOWARZYSTWA „OCHRONA MŁODZIEŻY“.

REDAKTOR NACZELNY I ODPOWIEDZIALNY:

Dr. BR. KACZOROWSKI i Prof. Dr. K. PANEK

ul. Chorążczyzna l. 22. ul. Akademicka 26.

Redakcya i administracya, Lwów, ul. Kochanowskiego 31.

Szkic historyczny i stan zdrowotny zakładu Stanisława hr. Skarbka w Drohowyżu.

Napisał

Bolesław Lewicki,

delegat miasta Lwowa do Fundacyi Skarbkowskiej.

Ciąg dalszy.

Zakład Drohowyzki w stanie obecnym jest bezsprzecznie*) jednym z największych tego rodzaju zakładów w Europie. Olbrzymi to gmach zbudowany z cegieł i z kamienia, kryty blachą. Jest on dwupiątrowy, częściowo trzypiątrowy i stoi wśród pól i łąk, otoczony z dwóch stron parkiem. Szkoła 6-klasowa męska wyższego typu liczy 155 uczniów. W szkole 4-klasowej żeńskiej niższego typu jest 92 uczenic. Liczba uczniów w jednej klasie jest rózna od 15—37. W IV. klasie chłopców jest 35 uczniów, sala szkolna każda jest długa 8 m szeroka 7·7 m. wysoka 3·75 m., a więc na 1 ucznia przypada 1·9 m.^{2} i przeszło 7 m. szerokości przestrzeni.

W VI. klasie chłopców jest uczniów 37. Wymiary: dłg. 8·6 m. szer. 7·7 m. wysokości 3·75 m. — zatem wymiary te same co w klasie IV-tej i ta sama mniej więcej powierzchnia i przestrzeń przeciętna na 1. ucznia.

*) Stan zdrowotny skreślony jest według sprawozdania Dra Szczepana Mikołajskiego, drugiego delegata miasta Lwowa do fundacyi Skarbkowskiej.

Wadą klasy jest brak urządzeń wentylacyjnych, osobliwie ze względu na skłonność dzieci do gruźlicy należy im dostarczać jak najwięcej świeżego powietrza. Obecnie jednak zaprowadza się już stopniowo górne ramy okien o nożycowym przyrządzie, które w szkołach uważają za najprostszy sposób wentylacyi. Oświetlenie klasy jest niedostateczne. W każdej klasie najmniej po trzy okna — razem o rozmiarze 3·74 m.² co nieodpowiada wielkości klasy. Ogrzewanie sal piecami kaflowymi. Korytarze obszerne, jasne, z szafkami i wieszadłami na garderobę. Podłogi w niektórych korytarzach a po części i w klasach zmieniono już w posadzkę nową, a stopniowo ma się je w całości wymienić. Podłogę w szkole męskiej w klasach zapuszcza się olejem kilka razy w roku dla ochrony przed pyłem. W szkole żeńskiej są podłogi powleczone farbą pokostową, i bardzo starannie w czystości utrzymywane. Umywalnie na kurytarzach bardzo dobrze urządzone, łazienki dobre, lecz w oddziale dziewcząt brak kąpieli natryskowych, które należałoby zaprowadzić.

Długość sypialń wynosi 11·85 m. szerokość 11·65 m. wysokość 3·85 m. W takiej sypialni śpi wspólnie po 30 wychowanków. Pościel czysta. Żywienie dzieci wydatne. W ostatnich czasach znacznie je poprawiono. Gdy w roku 1903 koszt dzienny żywienia 1. dziecka wynosił 47·6 hl. w 1909 kosztowała żywność dziennie po 61·5 hl. Lekarz Zakładowy Dr. Doboszyński bada systematycznie fizyczny rozwój wychowanków i przygotowuje od szeregu lat materyał do obszernej pracy naukowej na ten temat, który zapowiada się interesująco ze względu, że młodzież Zakładu żyje w jednakich warunkach ogólnych w liągu lat 6, a później poświęca się różnym zawodom rzemieślniczym.

Na razie w sprawozdaniu za rok 1908, podał następujące dane co do wzrostu i wagi ciała dzieci.

I. W roku sprawozdawczym było urodzonych w roku 1900 5 chłopców i 8 dziewcząt.

Przeciętnie osiągnęli **wzrost:**

chłopcy. . . . . . 114·2 (norma 116·2) cm,
dziewczęta. . . . . 116·0 („ 114·2) „

Wagę:

chłopcy. . . . . . 20·46 (norma 21·6) kg.
dziewczęta. . . . . 21·7 („ 20·0) „

II. Urodzonych w r. 1898 było 24 chłopców i 17 dziewcząt Przeciętnie osiągnęli **wzrost:**

chłopcy. . . . . 125·8 (norma 127·3) cm.
dziewczęta . . . . 125·94 („ 124·9) „

Wagę:

chłopcy. . . . . . 24·66 (norma 25 2) kg.
dziewczęta . . . . 26·66 („ 23·1) „

Przeciętny przyrost wagi w 10 roku życia był:

	u chłop.	u dziew.	
w zakładzie drohowyzkim . . .	1·32	2 94	
w Anglii	1·6		w domach rodzin robotników, schroniskach, domach sierocych.
w Belgii	1·7	2·0	
w Ameryce północnej	1·8	3·6	
w Warszawie	2·2	2·5	
we Włoszech	2·6	2·5	

III. Urodzonych w r. 1894 było 17 chłopców i 8 dziewcząt. Przeciętnie osiągnęli **wzrost**:

chłopcy.	140·18	(norma 146·9) cm.
dziewczęta	148·3	(„ 144·6) „

Wagę:

chłopcy.	35·88	(norma 37·1 kg.
dziewczęta.	45·35	(„ 36·3) „

Z chłopców było 8 „szkolarzów“ i 11 warsztatowców. Przeciętnie osiągnęli **wzrost**:

szkolarze	136·2 cm.	normy jak wyżej
warsztatowcy	142·2 „	
Wagę:		
szkolarze	33·2 kg.	
warsztatowcy	37·34 „	

Z dat tych widać, że rozwój chłopców jest znacznie upośledzony i że u szkolarzy istnieją warunki gorsze rozwoju niż u warsztatowców, którzy mają więcej powietrza w sypialniach. Dodać trzeba, że warsztatowcy otrzymują większe porcye żywności. Natomiast rozwój dziewcząt jest dobry a łączy się z nim gojenie się najlżejszych postaci zakażenia gruźliczego. Lecz nadmiar wagi u dziewcząt uważa sprawozdawca za objaw cieplarnianego bujania. Wytyka brak dostatecznego ruchu u dziewcząt i zaleca wprowadzenie u nich codziennych ćwiczeń gimnastycznych jakoteż zabawy na wolnem powietrzu, czemu już poniekąd zadość się stało.

Dane co do wzrostu i wagi ze sprawozdania za r. 1909 wykazują różnice niekiedy znaczne w porównaniu z zestawieniami z roku 1908, n. p.

Wzrost chłopców 8-letnich w r.	1908 . .	114·2 cm.
	1909 . .	114·7 „
„ dziewcząt 8- „	1908 . .	116·0 „
	1909 . .	113 4 „
.Waga chłopców 8-letnich w r.	1908 . .	20.46 kg.
	1909 .	20·8 „
„ dziewcząt 8- „	1908 .	21.8 „
	1909 . .	20·3 „

*

U dzieci dziesięcioletnich:

1908 chłopcy	wzrost	125·8	„	waga	24·66	kg.
1909 „	„	127·4	„	„	27·07	„
1908 dziewczęta	„	125·94	„	„	26·66	„
1909 „	„	125·02	„	„	24·75	„

Wobec tak znacznych różnic potrzeba dłuższej obserwacyi, aby wyniki miały podstawę do wniosków uogólnionych. Co do chorobliwości i śmiertelności, byłoby pożądanem zestawienie statystyczne za dłuższy okres czasu. W braku takich zestawień podajemy niektóre cyfry ze sprawozdania lekarza zakładowego za rok 1909.

Było w tym roku w zakładzie, ... 225 chłopców
125 dziewcząt

Razem . . . . . 350 dzieci

Przypadków chorobowych było 181 t. j. 52% ogółu dzieci, w tem 111 chłopców t. j. niespełna 35% ich liczby
70 dziewcząt „ „ 56% „ „

Tych 181 przypadków przypada na 80 chłopców 35% ich liczby, 44 dziewcząt 35% ich liczby.

Leczeni byli w szpitalu na następujące choroby:

L. p.	Choroby	chłopców	dziewcząt
1	Objawy gruźlicze i zołzowe	19	19
2	Blednica i niedokrewność	1	4
3	Przypadki żołądkowo-kiszkowe . . .	12	3
4	Zranienia i obrażenia	21	3
5	Nieżyty dróg oddechowych	11	3
6	Zapalenie gardła	15	4
7	„ płuc	3	1
8	„ opłucny	—	2
9	„ wrzodziejące dziąseł . . .	1	2
10	„ gnilne jamy ust	1	—
11	„ stawu kolanowego	1	—
12	Choroba Brigtha	—	—
13	Wyprysk skórny	3	—
14	Mimowolne moczenie	1	—
15	Ropienia (abscesy)	10	—
16	Mumps	5	14
17	Róża	1	2
18	Odra	—	4
19	Płonica	1	—
20	Obserwacya	12	4

Zmarli:

1. gruźlica . . . . chłopców — dziewcząt 3
2. utonięcie . . . . „ 1 „ —

Leczono ambulatoryjnie:

1. Objawy grużlicze i zołzowe chłop. 107 dziew. 62
2. Zranienia i obrażenia . . „ 51 „ 1

Obok wielkiej liczby przypadków gruźlicy i zołzów zwraca uwagę ogromna liczba zranień, obrażeń i ropień u chłopców. Jest to zapewne w związku z brakiem urządzeń ochronnych w warsztatach.

W ostatnich latach często zwracano uwagę w prasie a nawet i w sali sejmowej na niekorzystny stan zdrowia wychowanków Zakładu hr, Skarbka w Drohowyżu a zarówno Kurator Fundacyi jak i Rada administracyjna przekonali się, że krytyka pod tym względem niestety nie jest bezpodstawną. Ciągłą też troską Kuratora i Rady administracyjnej w ostatniem trzechleciu było wybadanie przyczyn złego, aby można było roztropnie im przeciwdziałać. Zdaniem bowiem głównem Fundacyi jest, aby dostarczyła Krajowi jednostek zdrowych, do pracy produktywnej, jak najlepiej przygotowanych i uzdolnionych, a gdyby okazało się, że liczni stosunkowo wychowankowie przedwcześnie fizycznie marnieją, lub wychodzą z Zakładu po 10-letnim pobycie z upośledzonem zdrowiem, ze zmniejszoną wskutek tego zdolnością do pracy, z widokami rychłego skonu, cel Fundacyi w znacznej mierze byłby chybionym.

Tem bardziej zaś Rada administracyjna w tym okresie administracyjnym była poniekąd obowiązaną stosunkom zdrowotności w Zakładzie szczególną poświęcać pieczę, gdy szczęśliwym zbiegiem okoliczności w skład jej wchodzi dwóch lekarzy: z Wydziału krajowego Dr. Bernadzikowski, z lwowskiej Rady miejskiej Dr. Mikołajski, których fachową znajomość rzeczy należało dla dobra kraju i Fundacyi spożytkować.

Przy ostatniej naszej wizytacyi Zakładu w dniu 22. lipca 1910, na 37 uczniów, których do warsztatów przydzielić miano, tylko 2 skwalifikowano jako zupełnie zdrowych, a wszyscy inni według zapisków lekarza zakładowego zdradzali albo skłonność do gruźlicy albo już pierwsze jej początki. W oddziale dziewcząt napotkano w szpitalu kilka wychowanek, z objawami bardzo ciężkiej niedokrewności przeważnie na tle gruźliczem. Ponieważ skutki zabójcze gruźlicy szkolnej objawiają się najczęściej dopiero w późniejszym wieku, byłoby bardzo pożądane, aby Zakład drohowyzki utrzymywał w stałej ewidencyi wychowanków opuszczających Zakład i przekonał się tą drogą o dalszych ich losach.

Co do samego Zakładu to podano różne środki sanacyjne mające zapobiegać gruźlicy, akcentowano bardzo, że nie należy do Zakładu przyjmować dzieci podejrzanych o gruźlicę. Istotnie tego się przestrzega. Przyjęte dzieci bada jak najdokładniej lekarz zakładowy, a następnie w obecności 2 członków Rady odbywa się ponowna rewizya lekarska. Bez prób tuberkulinowych nie dających się zastosować na poczekaniu, bardzo wiele dzieci z pozoru zupełnie

zdrowych a w rzeczywistości noszących w sobie zarodek gruźlicy, do Zakładu przedostać się musi. Z drugiej strony, statystycznie wykazywany wzrost częstości gruźłicy w wieku szkolnym dowodzi, że nawet dziecię podczas przyjęcia najzupełniej zdrowe, nierzadko w czasie pobytu w Zakładzie na gruślicę zapadnie.

Możnaby dzieci przyjmować prowizorycznie na rok, a po roku usuwać jednostki widocznie do gruźlicy usposobione. Ale postępowanie takie, z wielu względów nie byłoby stosowne. Wyszukiwanie dzieci idealnie zdrowych, zmusiłoby chyba do zamknięcia Zakładu, bo trudnoby było dobrać większą liczbę sierót żyjących w nędznych warunkach, a jednak cieszących się wyjątkowo pomyślnym stanem zdrowia. Jeżeli zresztą gruźlica jest tak rozpowszechnioną wśród dzieci, jak autorowie niemieccy twierdzą, a rzadko stosunkowo w wieku szkolnym do skonu doprowadza, częściej zaś daleko da się wyleczyć, Zakład powinien dążyć do tworzenia takich warunków hygienicznych, aby ile możności zapobiegano szerzeniu się gruźlicy i aby jednostki gruźlicą dotknięte wesprzeć w walce z chorobą. W tym celu zwołał Kurator fundacyi przed dwoma laty konferencyę liczniejszego grona lekarzy specyalistów, na której omawiano sprawę specyalnego uzdrowiska dla chorych wychowanków Zakładu. Wyjeżdżała też na miejsce do Zakładu komisya znawców zaproszona przez Kuratora.

Po bliższem rozpatrzeniu stosunków, porzucono myśl sanatoryum, jako zbyt kosztownego a także urzeczywistnienie szkoły leśnej, napotkało na trudności niepokonane. Po długich trudach i staraniach, w których Kurator złożył dowody wielkiej wytrwałości i poświęcenia, Rada administracyjna uchwaliła urządzić w Żabiu schronisko dla dzieci wątłych i gruźliczych, któreby Fundacyę nie obarczyło zbyt wielkimi wydatkami a mogło oddać wielkie usługi.

Wpłynie ono też pośrednio na poprawę stosunków hygienicznych w Zakładzie drohowyzkim, gdyż dające się odczuwać przepełnienie zmniejszy się przez wysłanie 24 dzieci do Żabiego. I istotnie kosztem kilkudziesięciu tysięcy koron urządziła Fundacya wzorowe »Uzdrowisko« w Żabiu zostające pod opieką zarządcy-nauczyciela, ks. kapelana, czterech Sióstr służebniczek i miejscowego lekarza.

Schronisko w Żabiu nie wyczerpuje jednak jeszcze środków zaradczych przeciw gruźlicy i wypada pilnie baczyć na poprawę stosunków hygieny w samym Zakładzie drohowyzkim.

Na podstawie kilkakrotnych wizytacyi Zakładu stanowczo twierdzimy, że stosunki te nie są wcale tak złe, jak to nieraz przedstawić usiłowano. W ostatnich czasach dużo się zmieniło. Sprawiedliwość każe przyznać, że tak jak w Administracyi dóbr, tak i w samym Zakładzie, widoczny jest postęp, dzięki pieczołowitości obecnego Kuratora. Przeprowadzono kanalizacyę, dano wodociągi, odnawia się

podłogi, wprowadza się wentylacyę przez nowe okna z nożycowem urządzeniem górnych szyb, doprowadzono do porządku wychodki, osusza się mieszkania funkcyonaryuszy, zreformowano nadzór nad dziatwą, w oddziale chłopców wprowadzono czystość nie pozostawiającą nic do życzenia; na oddziale dziewcząt czystość jest wzorowa, polepszono wikt wychowanków, u dziewcząt zaprowadza się obowiązkowo gimnastykę. Dalsze zmiany i inwestycye są w toku. Rozważa się między innemi projekt elektrycznego oświetlenia. Przy dalszych staraniach Zakład drohowyzki usunie wszelkie usterki i w zupełności odpowie szlachetnym intencyom szczodrego fundatora, tudzież oczekiwaniu kraju, który w tej instytucyi tak hojnie uposażonej, pragnie widzieć ziszczenie ideału opieki nad sierotami.

W ostatnich czasach zwrócono za granicą szczególną uwagę na stan uzębienia dziatwy szkolnej. Sprawa ta była przedmiotem obrad I. kongresu międzynarodowego dla hygieny szkolnej (w Norymberdze 1904) i przekazano ją do dalszego traktowania na II. kongresie (w Londynie 1907). Także i na III. kongresie w Paryżu choroby zębów u uczniów stanowiły jeden z najobfitszych działów.

U nas Dr. Kaczorowski przedsiębrał badania uzębienia dzieci szkolnych i stwierdził, że we Lwowie zaledwie 4·63% dzieci ma uzębienie zupełnie zdrowe. Fakt ten wywołał szeroką dyskusyę w Radzie miejskiej i w jej komisyach a poszczególni referenci przedstawiali schorzenie zębów u młodzieży jako dotkliwą klęskę społeczną.

Należy się uznanie Kuratoryi Fundacyi, że wysłała do Zakładu drohowyzkiego Dra Kaczorowskiego, w celu zbadania jak tam przedstawia się stan uzębienia dzieci. Badanie to u 346 dzieci przedsięwziął Dr. Kaczorowski w dniu 15. kwietnia 1910 a wyniki streszcza w następujących wnioskach:

»Stan wychowanków, jakkolwiek jest niekorzystny, przecież stosunkowo jest lepszy, niż u dzieci szkolnych we Lwowie. Podczas gdy we Lwowie na 17.124 zbadanych dzieci, liczba dzieci mających zęby chore wynosi 16.379 czyli 95·7% to u wychowanków, których poddało się badaniu 346, liczba mających chore zęby wynosi 306, czyli 88·4%. Podczas gdy we Lwowie przeciętna cyfra zepsutych zębów u każdego dziecka wynosi mniej więcej 6, u wychowanków w Drohowyżu wynosi mniej więcej 2 i kilka dziesiętnych«.

»Stan ten lepszy należy przypisać lepszym warunkom, w jakich żyją wychowankowie. Świeże powietrze, dużo ruchu i zapewne lepsze i odpowiedniejsze odżywianie, nie mały mają wpływ na ogólną zdrowotność, a więc i na lepsze uzębienie dzieci.

Sądzimy, że nie należy poprzestać na stwierdzeniu jedynie stanu uzębienia u wychowanków, lecz byłoby pożądane uregulowanie dla nich stałej pomocy dentystycznej, która zapewne nie wymagałaby bardzo wielkich wydatków.

Równocześnie z badaniem uzębienia przez Dra Kaczorowskiego, dokonał Dr. Kicki na wezwawie Kuratoryi badania ócz u wychowanków.

Badał on nasamprzód, czy u dzieci nie znachodzą się choroby ócz, a następnie bystrość wzroku u wszystkich wyehowanków. Szczególną uwagę zwracał na choroby udzielające się, tem samem dla Zakładu bardzo niebezpiecznie. Znalazł na oddziale chłopców dwa przypadki jaglicy w formie lżejszej, na oddziale dziewcząt również dwa przypadki jaglicy jeden w postaci lekkiej, drugi w okresie zbliznowacenia. Prócz tego u 6 chłopców i 2 dziewcząt są choroby ócz wrodzone, lub nabyte przed wstąpieniem do Zakładu (plamy i blizny na rogówce, zaćma na przedniej torebce, zanik gałki ocznej) wreszcie u 21 chłopców i 10 dziewcząt świeże zapalenie spojówek. Nieżytowe nieprawidłowości w bystrości wzroku znaleziono u 18 chłopców (nadmiarowość w 4, krótkowzroczność w 11 a niedomiarowość (astygmatyzm) w 3 wypadkach) i u 20 dziewcząt (nadmiarowość u 3, krótkowzroczność u 17).

Dr. Kicki reasumuje swe badania w zdaniu, że stan ócz wogóle jest u wychowanków dobry, dzięki korzystnym warunkom hygienicznym.

Lecz twierdzenie Dra Kickiego o dobrym stanie ócz wymaga pewnego sprostowania. Gdy badanie przedsięwzięto 222 chłopców i 124 dziewcząt, przeto wypada u chłopców 4·9% u dziewcząt aż 13·7% krótkowzrocznych.

W szkołach lwowskich według badań tego samego okulisty było w r. 1906 u chłopców 10·1% u dziewcząt 11·8% krótkowzrocznych Uwzględniając te cyfry dla porównania, możemy chyba twierdzić, że stan ócz u chłopców w Zakładzie drohowyzkim jest zadawalniający, u dziewcząt natomiast jeszcze gorszy jak we Lwowie, jakkolwiek w szkołach miejskich młodzież znajduje się w niekorzystniejszych warunkach niż w Drohowyżu. Jeśli tedy praca Dra Kickiego co do dzieci lwowskich, spowodowała nawet Radę szkolną krajową do zarządzeń w celu zapobiegania wzrastającej krótkowzroczności u uczniów, tembardziej wyniki badania, dokonanego w Drohowyżu, powinny skłonić Radę administracyjną Fundacyi do akcyi zapobiegawczej.

Gdy co do oświetlenia i urządzenia sal szkolnych na oddziale chłopców i dziewcząt niema znaczniejszej różnicy, któraby tłumaczyła trzy razy większą częstość krótkowzroczności u dziewcząt, przeto przyczynę złego należy upatrywać jedynie w zajęciach dziewcząt, mianowicie w robotach ręcznych, które w Zakładzie koniecznie ograniczyć wypada, a to tembardziej, ile że kształcenie tych dziewcząt w subtelnych robotach niema żadnej racyi. Program robót ręcznych powinien uledz rewizyi i znacznemu okrojeniu. (C. d. n.).

Statut dla międzynarodowego związku lekarzy szkolnych.

Paryski związek lekarzy szkolnych, który był upoważniony do wypracowania statutu dla międzynarodowego związku lekarzy szkolnych, ukończył swoje prace i przedłożył następujący statut:

Art. 1. Między lekarzami szkolnymi zakłada się związek, którego urzędowy tytuł brzmi: »Międzynarodowy związek lekarzy szkolnych« (L' Association Internationale des Médicins — Inspecteurs des Écoles). Siedzibą związku jest Paryż.

Art. 2. Celem związku jest: Nawiązać przyjacielskie stosunki między wszystkimi lekarzami szkolnymi, stworzyć centralne ognisko dla wydoskonalenia się w nauce hygieny szkolnej; wspierać podobne usiłowania w poszczególnych krajach, przygotowywać narodowe i międzynarodowe kongresy hygieny szkolnej, wspierać zaś kongresy te, które obejmują również i hygienę szkolną.

Art. 3. Związek składa się: 1. Z członków zwyczajnych (obecni lub wysłużeni lekarze szkolni). 2. Z członków honorowych lekarzy, którzy się interesują hygieną szkolną. 3. Z członków instytucyi dobroczynnych, które to osoby niekoniecznie muszą należeć do stanu lekarskiego.

Art. 4. Zwyczajni i honorowi członkowie będą mianowani przez odpowiednie biura tych krajów, do których należą. Jeżeli w jakimś kraju odpowiednie biuro nie powstało, przyjmuje z tego kraju członków Komitet centralny, na przedstawienie dwóch członków związku.

Art. 5. Wkładka dla członka zwyczajnego, jeżeli osobiście należy do związku wynosi rocznie 6 franków. Jeżeli pewne grupy lub całe stowarzyszenie lekarzy szkolnych przystępuje do związku, wkładka dla poszczególnych członków stowarzyszenia może być zniżoną, niemoże jednak wynosić mniej jak 2 franki. Członkowie honorowi płacą roczną wkładkę 10 fr., którą mogą zastąpić jednorazowym datkiem 100 fr. Z członków instytucyi dobroczynnych może należeć do stowarzyszenia tylko ten, który związkowi przesłał datek honorowy najmniej 200 fr.

Art. 6. Związkiem administruje Komitet, który się składa: 1. z prezydenta, 2. z wiceprezydentów (po jednym z należących do związku krajów), 3. z generalnego sekretarza, 4. z dodanych jeneralnych sekretarzy (po jednym z należących do związku krajów), 5. z generalnego skarbnika, 6 z dodanych skarbników (po jednym z należących do związku krajów), 7. z członków, których wysyłają wszystkie należące do związku kraje: (50 członków zwyczajnych i honorowych danego kraju wybiera jednego członka do Komitetu związku centralrego).

Art. 7. Wiceprezydent, generalny sekretarz, skarbnik i członkowie pewnego kraju, którzy należą do głównego Komitetu związku — tworzą równocześnie swój własny narodowy komitet, który swoją administracyę według swoich właściwości narodowych wykonywać może.

Art. 8. Wszyscy członkowie Komitetu są wybieralni na 2 lata.

Art. 9. Prezydent, generalny sekretarz i skarbnik tworzą biuro związku. Wybierani są większością głosów na walnem zgromadzeniu. Listowne głosowanie jest dopuszczalne. Inni członkowie komitetu wybierani są w poszczególnych krajach przez członków narodowych stowarzyszeń 3 miesiące przed walnem zgromadzeniem. Każdy kraj dla siebie może głosować sposobem dla niego najlepszym i najwłaściwszym.

Art. 10. Biuro zastępuje związek wobec władz państwowych, czuwa nad wydatkami i kieruje sprawami związku.

Art. 11. Komitet lub biuro związku schodzi się najmniej raz do roku.

Art. 12. Każde walne zgromadzenie oznacza miejscowość, gdzie się za 2 lata następne walne zgromadzenie odbywać będzie. Tylko dla pierwszego walnego zgromadzenia upoważnia się biuro do oznaczenia miejsca zebrania.

Art. 13. Walne zgromadzenie składa się z członków zwyczajnych i honorowych. Członkowie ci biorą udział w dyskusyi, stawiają wnioski i głosują. Inni członkowie mogą w zgromadzeniach uczestniczyć.

Art. 14. Aby ułatwić dyskusyę, muszą być referaty, którymi walne zgromadzenie ma się zajmować, 3 miesiące przedtem przez Komitet przygotowane i opublikowane.

Art. 15. Generalny sekretarz zbiera wszystkie akta związku i koresponduje w sprawach związku ze wszystkimi generalnymi sekretarzami poszczególnych krajów.

Art. 16. Generalny skarbnik zawiaduje przysłanemi przez skarbników poszczególnybh krajów wkładkami. On wypłaca i reguluje wydatki związku.

Art. 17. Każdy wniosek o zmianę statutu jeżeli ma przyjść pod obrady, musi być podpisany najmniej przez 50 członków.

Art. 18. Rozwiązanie związku może nastąpić tylko przez walne zgromadzenie.

Lekarze szkolni, którzy życzą sobie porobić zmiany w statucie, zechcą zgłosić się do prowizorycznego sekretarza Dr. L. Butte, 40 rue Saint-Placide, Paris. Tamże również należy posełać deklaracye przystąpienia do związku. W projekcie jest wydawanie kwartalnika we francuskim, angielskim, hiszpańskim i niemieckim języku, w którymby umieszczane były sprawy związku, oryginalne prace we własnym języku autorów i wyczerpująca bibliografia wszystkich krajów. Oryginalne prace i bibliografia umieszczane być mają również w tłumaczeniach na inne języki.

Kandydatami do prezydyum są:

Prezydent — Dr. Cayla, prezydent towarzystwa lekarzy szkolnych w Paryżu i departamentu Sekwany, sekretarz generalny Dr. L. Dufestel, generalny skarbnik — Dr. Pradel. Komitet francuski jest już utworzony. Przygotowania do utworzenia Komitetu niemieckiego jeszcze dotychczas nie są ukończone.

Dr. K.

Sprawy Towarzystwa hygienicznego.

PROTOKÓŁ

posiedzenia Wydziału Towarzystwa hygienicznego, odbytego we środę 11. kwietnia 1911. Obecni: pp. Czerszyk, Dr. Mikołajski, Dr. Opieński, Prof. Dr. Panek, Dr. Hołobut, i zaproszony Dr. Kaczorowski.

Porządek dzienny:

1. odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.
2. Dr. Panek w sprawie założenia Koła dla szerzenia hygieny wśród ludu.
3. Oznaczenie terminu Walnego Zebrania.
4. Wnioski członków.

Co do 1-szego punktu, to zwolniono sekretarza od odczytania protokołu z ostatniego posiedzenia, a to z tego powodu, że zostało już wydrukowane w Przeglądzie hygienicznym.

Zanim przystąpiono do punktu 2-giego, zawiadamia Dr. Obtułowicz Wydział, że wysłano do prezydyum Rady miejskiej memoryał w sprawie mających się budować szkoł miejskich, w którym zwracają uwagę Rady miejskiej, na odbyty przed kilku dniami odczyt Dra Piaseckiego »O budowie szkół u nas

i na zachodzie, upraszano o zbudowanie łazienek w nowych gmachach szkolnych, a których to łazienek w planach tychże szkół nie uwzględniono.

Co do punktu drugiego uwiadamia Dr. Panek Wydział, że panie z towarzystwa Kółek rolniczych, chcą zawiązać Koło dla szerzenia hygieny, a nie wiedząc jak się wziąć do tego, zwracają się o poradę do towarzystwa.

Nad sprawą tą przeprowadzono obszerną dyskusyę, a zabierali w niej głos Dr. Opieński, Dr. Mikołajski, Dr. Panek, Dr. Kaczorowski, Dr. Obtułowicz, przy czem wszyscy przychylają się do zdania, śe inicyatywa wyszła z łona pań zupełnie jest na miejscu i czasie. W dalszym ciągu zastanawiano się nietylko nad oganizacyą Koła, ale i nad tem, czy »Przegląd hygieniczny« będzie mógł spełniać dostatecznie swój cel wśród ludu, czy więc nie należałoby go zmienić w tym kierunku, by obok czasopisma czysto naukowego wydawać także dodatek popularny dla ludu, zastanawiano się także nad kosztami, jakieby wynikły z takiej przemiany »Przeglądu hygienicznego«. Z dyskusyi przekonano się, że takie wydawanie dodatku popularnego obok pisma czysto naukowego jest możliwe i nie pociągłoby za sobą kosztów, któreby przekraczały ramę budżetu Towarzystwa.

W ostateczności zgodzono się na wniosek Dra Mikołajskiego, aby jeszcze przed omówieniem tej sprawy z paniami z Towarzystwa rolniczego, odbyć jeszcze jedno posiedzenie, na którymby Dr. Panek przedłożył Wydziałowi statut odpowiedni w tym kierunku.

Ad 3. Termin Walnego Zebrania oznaczono na 8. maja (poniedziałek) godzina 6-ta wieczorem, przyczem na kartach zawiadamiających członków o terminie Zebrania polecono wyraźnie zaznaczyć, że w razie braku odpowiedniej ilości członków, Zebranie odbędzie się tego samego dnia w pół godziny później przy współudziale jakiejkolwiek liczby członków Przed Walnem Zebraniem postanowiono odbyć jeszcze jedno posiedzenie Wydziału a termin jego naznaczono na 1. maja.

Ad 4. Dr. Kaczorowski proponuje, aby podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników wydać »Przegląd hygieniczny« w objętości nieco większej n. p. $1\frac{1}{2}$ arkuszowej, na co Wydział w zupełności się zgadza.

Przy sposobności uwiadamia Dr. Obtułowioz, że za broszurki Dr. Blumenfelda »O chorobach płciowych«, a zakupionych przez Namiestnictwo, otrzymało już Towarzystwo kwotę 520 koron, które przelano do kasy Towarzystwa; jako honoraryum dla autora nie udało się niestety nic uzyskać.

Na tem gdy nikt wiecej głosu nie zabierał zamknął przewodniczący posiedzenie.

Dr. Teofil Hołobut
sekretarz.

Dr. Ferdynand Obtułowicz
prezes.

SPRAWOZDANIA I STRESZCZENIA.

Choroby zakaźne, mikrobiologia.

Dr. Legeżyński. **Dżuma w Odesie.**

Z powodu panującej w Odesie dżumy wysłało miasto Lwów fizyka swego Dr. W. Legeżyńskiego, do którego przyłączył się Dr. Kucera prof. hygieny na uniwersytecie lwowskim do Odesy, w celu przypatrzenia się tej chorobie

na miejscu i bliższego poznania środków zapobiegawczych przeciwko tejże. Dr. Legeżyński powróciwszy zdał sprawozdanie, którego treść jest następująca:

Miasto Odesę można podzielić na 2 części; Część bliższą portu, urządzoną po europejsku, czystą, zamieszkałą przez ludność inteligentną i czystą, i część dalszą od portu, niechlujną, zamieszkałą przeważnie przez ludność ubogą, u której czystość pozostawia bardzo wiele do życzenia.

Otóż dowiedzieliśmy się, że dżuma zagnieździła się do pewnego stopnia w Odesie od dłuższego szeregu lat: przeszłoroczna epidemia była jednak najsilniejsza, liczyła około 150 wypadków w czasie od czerwca do listopada 1910, obecnie przed 10 dniami pojawił się nowy pierwszy wypadek w 1911. Charakterystyczną jest dla tej epidemii ta okoliczność, że dżuma pojawiła się i rozszerzała się wyłącznie prawie w jednej części miasta, znacznie odległej od portu i poza granice tej dzielnicy prawie nie wyszła W porcie ani w części miasta, przy porcie położonej, nie było ani jednego wypadku dżumy. Rozpoznał pierwszy wypadek dżumy profesor dr. Chęciński przy sekcyi człowieka, który po krótkiej chorobie umarł w domu, położonym tuż przy ogromnym a nader niechlujnie utrzymanym placu targowym. Następne wypadki pojawiły się w kilka tygodni później przy tej samej targowicy a następne wypadki, około 150, pojawiły się również prawie wyłącznie przy tym placu i w dwu sąsiednich ulicach. Równocześnie dokonane badania szczurów z domów w tej dzielnicy miasta wykazały znacznie rozwiniętą epidemię dżumy u szczurów.

Niepodobna dokładnie oznaczyć, jaką drogą zawleczono dżumę do Odesy w czerwcu 1910; jednak epidemia szczurów i dalszy przebieg epidemii u ludzi wskazuje, że zarazek dżumowy przybył prawdopodobnie z towarami wraz z zadżumionym szczurem na ogromną targowice, wywołał epidemię dżumy wśród szczurów a ze szyzurów dopiero przeniosła się epidemia na ludzi i to albo za pośrednictwem pcheł albo też bezpośrednio przez ukąszenie człowieka albo też przez zakażenie ranki na ciele (rękach) człowieka. Nie da się zaprzeczyć w zupełności także twierdzenie niektórych lekarzy odeskich, że epidemię u szczurów wywołały nie zadżumione szczury przybyłe na obcych okrętach — ale wprost dżumą zarażone towary, a zwłaszcza szmaty, w które bywają opakowane przesyłki towarowe.

Stwierdzono, że w innych dzielnicach miasta nie było równocześnie zadżumionych szczurów, a na 150 wypadków dżumy u ludzi zaledwie 5 osób zachorowało takich, które nie mieszkały w zadżumionych ulicach. Wypadki zdarzyły się wyłącznie u ludzi ubogich, mieszkających w nader niechlujnych, przeludnionych mieszkaniach, w domach, położonych przy targowicy, do których z reguły przenoszono niesprzedane w dzień towary do przechowania przez noc.

Cała akcya zwalczania dżumy w mieście a więc tak wywiady lekarskie co do źródła choroby, jak również wszystkie zarządzenia przeciwdżumowe, jak izolacya chorego, ludzi, którzy się z chorym stykali, dezynfekcya i czyszczenie domów zakażonych spoczywa w dyktatorskich niemal rękach jednego lekarza, który zdaje ze swych czynności sprawę wprost gubernatorowi miasta.

Pierwsze wypadki choroby bywają z reguły stwierdzone dopiero na stole sekcyjnym u osób, zmarłych nagle albo zmarłych po krótkiej chorobie. Wskutek tego zwracać trzeba szczególną uwagę na to, aby każdy wypadek nagłej śmierci był sekcyonowanym. W każdym wypadku podejrzenia o dżumę bywa chory bezwarunkowo przeniesionym do szpitala iufekcyjnego — w domu leczyć się na dżumę nie wolno — a jego rodzina, współmieszkańcy i sąsiedzi zostają poddani przez pięć dni obserwacyi lekarskiej w miejskim domu izolacyjnym na koszt miasta.

Po pięciu dniach osoby, uznane przez lekarza za niepodejrzane, wracają do mieszkania swego, aby odebrać zdezynfekyonowane przedmioty i wszyscy muszą niezwłocznie opuścić to mieszkanie, którego nie wolno tak długo wynajmywać, dopóki właściciel domu nie wykona przepisanej rekonstrukcyi. Rekonstrukcya ta polega na zerwaniu wszystkich podłóg drewnianych i ram drzwi a to w tym celu, aby usunąć ewentualne nory, w których gnieżdżą się szczury. Tak w piwnicy, jak pod podłogą każdego piętra zosobna musi być ułożona warstwa betonu, na którą dopiero wolno układać podłogę drewnianą. Wszystkie drewniane ganki i schody, na te ganki prowadzące, muszą być sporządzone wyłącznie z betonu i żelaza.

Z obserwacyi odeskich wynika, że jeżeli zadżumione szczury, względnie pchły z tych szczurów, zaraziły człowieka, to człowiek chory może dalej zarażać bezpośrednio swych współmieszkańców. Tem się tłumaczy, że w zarażonych domach występowała dżuma zazwyczaj u kilku osób, którzy kolejno po sobie zapadali na dżumę.

Z tego spostrzeżenia wynika, że człowiek zakażony dżumą w Odessie, może przyjechać do Lwowa i tutaj zakazić swe otoczenie. Taki wypadek nie wywołałby jednak u nas epidemii dżumy, lecz byłyby to wypadki sporadyczne. Podobne zawlekanie dżumy zdarzało się w czasie ostatniej epidemii w Odesie w tej formie, że pojawiały się pojedyncze, odosobnione zachorowania na dżumę w dzielnicach miasta, nie objętych epidemią szczurów, u osób, które widocznie pozostawały w jakiejś styczności z chorymi, chociaż styczności tej nie można było wykazać. Pocieszająca natomiast jest dla nas ta okoliczność, że Odesa nie zakaziła nawet takimi sporadycznymi wypadkami dżumy dotychczas żadnego bliższego sobie miasta, jak n. p. Kijowa itp.

Jest rzeczą dla nas ogromnej wagi, że w Odesie pojawiła się dotychczas prawie wyłącznie dżuma dymienicowa (bubonowa); na 136 bowiem wypadków odeskich wystąpiła zaledwie dwa razy dżuma płucna.

W szpitalu zastaliśmy dwa wypadki dżumy: młodą dziewczynę i około 70 letniego mężczyznę. Dzięki uprzejmości prymaryusza Dra Stefańskiego mogliśmy chorych tych wspólnie z profesorem Drem Kučerą dokładnie zbadać. Dziewczyna była już umierająca: przebyła w grudniu dżumę bubonową, po dżumie jednak dostała abcesu w jamie brzusznej, którego nie można operować z powodu ogromnego wycieńczenia chorej. W prawej pachwinie pozostała znaczna blizna po dymienicy dżumowej. Drugi wypadek był świeży: chory zachorował zaledwie przed tygodniem. Na kilka dni przed zachorowaniem zabił on tchórza na podwórzu domu, w którym był dozorcą, z tchórza tego zdjął skórkę a padlinę zakopał w ziemi. Przy zdejmowaniu skórki skaleczył się nieznacznie w palec prawej ręki. Po kilku dniach dostał wysoką gorączkę i bezprzytomny został przywieziony do szpitala. Tutaj stwierdzono obrzmienie gruczołów pod prawą pachą a płyn, wydobyty przez punkcyę, zawierał prątki dżumowe. Okazało się, że tak skórka tchórza, jak również padlina zakażoną była obficie prątkami dżumowymi. Choremu zastrzyknięto w szpitalu znaczną ilość (około 150 kub. cm.) surowicy przeciwdżumowej, poczem gorączka ustąpiła i stan chorego znacznie się poprawił. Lekarze odescy są zadowoleni z działania surowicy u chorych i twierdzą, że właśnie stosowaniu tak wielkich dawek surowicy (150—200 cm. kub.) zawdzięczają, że na około 150 wypadków dżumy mieli tylko 42 śmierci. Szpital epidemiczny leży tuż przy uczęszczanej ulicy i dlatego okna zą tak urządzone, że nie dają się zupełnie otwierać, a natomiast stale mają bardzo dobrą wentylacyę. Szczególną uwagę zwraca zarząd szpitala na to, aby w szpitalu nie pojawiła się ani jedna mucha; pojawienie się żywej muchy w sali grozi dozorczyni chorych natychmiastową utratą służby. Służba, pielęgnująca chorych, jest szczepiona szczepionką przeciwdżumową, wyrabianą w Kronsztadzie.

Szczepionka ta wywołuje w organizmie szczepionego po upływie tygodnia odporność na dżumę, która trwa nawet kilka miesięcy; samo szczepienie jednak połączonem jest często z przykrą reakcyą (gorączka, obrzmienie gruczołów itp.). Znacznie szybciej, gdyż bezpośrednio po zastrzyknięciu, uzyskuje się odporność na dżumę przez zastrzyknięcie surowicy przeciwdżumowej, działanie jednak tej surowicy ustępuje już po kilku dniach a szczepienie połączonem jest również nieraz z przykrą reakcyą. Z tych powodów w Odesie u osób, narażonych na stykanie się z ludźmi i ze zwierzętami (szczurami) zadżumionymi, bywa stosowane komplikowane zastrzykiwanie naprzemian surowicy i szczepionki przeciwdżumowej.

Dla zabezpieczenia osób, pielęgnujących chorych zadżumionych, przepisanem jest również wkładanie na twarz masek z gutaperki, ochraniających usta i nos. Przywiozłem ze sobą kilka takich masek. Wszelkie odchody chorego są dokładnie dezynfekcyonowane zaraz przy łóżku chorego — prócz tego jednak wszystkie odpływy szpitala gromadzone są w betonowym zbiorniku i dopiero po osobnem ponownem zdezynfekcyonowaniu za pomocą chlorku wapniowego wypuszczane są do kanału miejskiego.

Epidemia dżumy w Odesie jest już poniekąd chorobą endemiczną, wybucha bowiem od dłuższego czasu z rozmaitem nasileniem wskutek stale już od lat trwającej epidemii szczurów. Prawidłowe i systematyczne tępienie szczurów rozpoczęto w Odesie późno, gdyż dopiero w jesieni r. 1910. Zbadaniu tej nader ważnej, tak zapobiegawczej, jak również i zwalczającej epidemię akcyi poświęciliśmy szczególną baczność. Dla niszczenia szczurów utworzono osobne biuro, na czele którego stoi lekarz, wyłącznie zajmujący się tą czynnością. Oddano mu do dyspozyi 200 ludzi młodych, pracujących za wynagrodzeniem 25 rubli miesięcznie. Nad 10 robotnikami wykonuje nadzór jeden dziesiętnik a nad 20 jeden kontrolor. Prócz płacy otrzymuje robotnik jeszcze premię w kwocie 15 rubli, jeżeli między szczurami, które złowił, trafił mu się szczur zadżumiony. Ludzie ci w grupach po 10-ciu rozchodzą się codziennie rano po całem mieście wedle planu, wypracowanego przez kierownika stacyi i rozstawiają w domach prywatnych, i publicznych, po targowicach, wychodkach itp. łapki na szczury, jak również i trucizny, jak arszenik, strychninę, fosfor i baryt. Po pewnym czasie odwiedzają te same miejsca i wybierają tak złapane do łapek żywe, jak i również strute szczury, wkładając je za pomocą żelaznych nożyc do blaszanych wiader z naftą, a to w tym celu, aby zniszczyć pchły, gnieżdżące się na szczurach. Każdy szczur otrzymuje swą tabliczkę, na której uwydatniono dokładnie miejsce, dom i ulicę, gdzie szczura znaleziono. Z czynności każdego takiego »szczurołapa« prowadzi się dokładną codzienną ewidencyę. Są oni wszyscy szczepieni szczepionką przeciwdżumową, a o skuteczności tego szczepienia zdaje się dowodzić fakt, że jeden jedyny z nich, który nie pozwolił się zaszczepić, uległ właśnie zakażeniu dżumą, którą szczęśliwie przebył. Obowiązek łowienia szczurów mają również wszyscy właściciele domów i w tym celu każdy właściciel domu wykazać się musi przynajmniej dwiema przepisowemi łapkami na szczury. Szczury, łapane przez prywatne osoby, bywają oddawane również w stacyi. Ztąd wszystkie szczury odsyłane bywają codziennie do rządowego zakładu bakteryologicznego, gdzie bywają sekcyonowane. Dom, w którym zostanie złapanym szczur zadżumiony, zostaje zaznaczonym na planie miasta i w ten sposób widzimy, że obecnie epidemia wśród szczurów skonstatowaną jest w dwu głównych ogniskach: w dzielnicy miasta, gdzie panowała przeszłego roku epidemia t. j. w okolicy targowicy, położonej niedaleko głównego dworca kolejowego i w dzielnicy więcej oddalonej od miasta, w której znajdują się główne magazyny zboża przywożonego tam koleją towarową z portu. Oprócz tych jednak głównych ognisk epidemicznych zaczynają się obecnie pojawiać coraz liczniej odosobnione wypadki dżumy u szczurów w rozmaitych

stronach miasta. Fakt ten jest wysoce niepokojącym, świadczy bowiem o rozwlekaniu zarazy wśród szczurów, przez co wzmaga się również możność rozwleczenia epidemii dżumy i u ludzi. Stacya do łowienia szczurów, urządzona w sposób wyżej podany, okazała się znacznie odpowiedniejszą od dawniej stosowanego systemu płacenia premii od każdego, przez kogokolwiek złapanego szczura (20 kopiejek od sztuki). Powstały bowiem formalne przedsiębiorstwa, zajmujące się dostarczeniem szczurów nietylko z Odesy, ale nawet z sąsiednich miast, a równocześnie podania o proweniencyi szczurów były nader niedokładne i bałamutne. O działalności tej stacyi świadczą następujące cyfry.

Maksymalnie w jednym dniu złapano 700 szczurów, przeciętnie znoszą 300 do 400 szczurów. W roku 1910 złapano lub struto ogółem 49.104 szczurów. W roku 1911 w styczniu zniszczono 6.725 a w lutym 8.000 szczurów. W roku 1911 stwierdzono dotychczas dżumę u 75 szczurów.

Niezależnie od tej miejskiej stacyi szczurów łowi 20 ludzi dziennie szczury w porcie: tu złowiono w 1911 w styczniu 653, w lutym 899 szczurów; dżumy wśród nich nie stwierdzono ani razu.

W Odesie żyją ogólnie dwa gatunki szczurów: zwyczajny szczur wędrowny i czarny — te same gatunki mamy u nas we Lwowie. Ciekawe jednak, że w Odesie złapano kilka egzemplarzy także szczura aleksandryjskiego, który mógł tylko przez okręty tam sią dostać!

Aby przeszkodzić wędrówce szczurów z okrętów do portu bywają obecnie na wszystkie liny, łączące okręt z lądem, nakładane blaszane lejki w kształcie dużych reflektorów. Port posiada swoje osobne laboratoryum bakteryologiczne, urządzone do badania dżumy. Na okrętach niszczy się szczury zapomocą dymów siarki, palonej w t. zw. »mangałach«; obecnie sprawiono do tego celu kilka przyrządów Claytona.

W Odesie nie przeprowadzono niestety systematycznej próby z tępieniem szczurów za pomocą wywoływania epidemii wśród szczurów, zabijającej je, a nie udzielającej się ani innym zwierzętom ani też ludziom. Doświadczenia te przeprowadzono — rzekomo z wybornym wynikiem w Tryeście i Kopenhadze. Rozpoznawania dżumy tak u ludzi, jak też u szczurów i innych podejrzanych zwierząt (na dżumę zapadają myszy, koty, króliki i t. p.) dokonuje się w rządowem laboratoryum bakteryologicznem. Laboratoryum to jest wspaniale wprost uposażonem tak w urządzeniu, jak i w siły lekarskie. Obecnie stoi pod kierownictwem Dra Stiasnego. Dr. Stiasny miał sposobność w czasie od maja 1910 do lutego 1911 sekcyonować 45.800 szczurów. Na tę ilość znalazł 5 $^1/_2$ pro mille szczurów zadżumionych. Sekcye te przy odpowiedniem urządzeniu laboratoryum i przy wyćwiczonej pomocy odbywają się szybko i bardźo dokładnie. Pod mikroskopem zbadaną zostaje u każdego szczura jego krew, śledziona i gruczoły i w razie potrzeby także i inne narządy. Na szczurach odeskich żyją cztery gatunki pcheł, które niezawodnie przenoszą zarazę dżumy na człowieka.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń stwierdzam:

1) że w Odesie istnieje obecnie rozległa epidemia dżumy wśród szczurów;

2) że niebezpieczeństwo wybuchu w bieżącym roku epidemii dżumy wśród ludności odeskiej jest nawet większem, niż było w roku ubiegłym;

3) że dżuma w Odesie jest energicznie, ze znacznym nakładem pieniędzy i pracy fachowej, skutecznie dotychczas zwalczaną;

4) że stanowczo istnieje możność zawlekania sporadycznych wypadków dżumy do Lwowa;

5) że nie ma obawy rozszerzenia się tych wypadków w epidemię dżumy we Lwowie tak długo, jak długo szczury lwowskie tej epidemii nie przejdą;

6) że najwięcej zagrożonymi punktami miasta, gdzie przedewszystkiem wybuchnąć może epidemia dżumy tak u szczurów, jak i ludzi, są niektóre lwowskie targowice a mianowicie: plac św. Teodora, pl. Krakowski i Rynek.

M. Klotz. **Szczepienie dzieci w I. roku życia.** *(Berl. kl. Wochenschr. N. 16. 1910).*

Rodzice odkładają zazwyczaj u dzieci swych szczepienie przeciw ospie na jak najpóźniejszy termin, wychodząc z tego założenia, że reakcya na wszelkie zakażenia wypada tem silniej, im młodsze dotyczy dziecko. Według badań autora rzecz ma się przy szczepieniu przeciw ospie właśnie przeciwnie. Najsłabiej oddziaływują na szczepienie oseski szczególnie w pierwszych tygodniach życia. U tych ostatnich przebiega szczepienie bez gorączki a miejscowy odczyn jest także z reguły słabo zaznaczany. Objawy te są już znaczniejsze w 4 miesiącu życia. Pomimo tego krosta odpada u 50% dzieci dopiero w trzecim a u 40% w czwartym tygodniu po szczepieniu. U dzieci niedokrewnych, zołzowych i krzywiczych sprawa cała trwa dłużej, przebiega z wyższą gorączką a krosty mogą niekiedy zamienić się we wrzody. Szczególnie silnie występują te objawy u osesków z kiłą wrodzoną. Od szczepienia stanowczo wykluczone są dzieci z wypryskiem choćby nawet nieznacznym a dzieci te nie powinny się stykać w ogóle z osobami świeżo szczepionemi. Dzieci z wypryskiem mogą być dopiero wtedy szczepione kiedy skóra jest zupełnie czysta. Z objawów występujących u dzieci po szczepieniu zauważył autor prawie stale obniżenie odsetki hemoglobiny we krwi, lekki obrzęk gruczołów pachowych i obrzmienie śledziony, trwające jednak tylko przez krótki przeciąg czasu. Na wagę ciała u osesków szczepienie nie ma żadnego wpływu.

Przebieg szczepienia przeciw ospie przebiega u osesków łagodniej niż u dzieci starszych. Ujemną stroną szczepienia osesków w pierwszych miesiącach życia jest tylko ta okoliczność, że szczepienie często się nie przyjmuje tak że trzeba je (co najmniej po 8 dniach) powtórzyć. Autor podaje także wyniki swych badań szczepienia metodą Knoepfelmachera. Polega ono na wstrzykiwaniu podskórnem 1 cm.^{3} jałowej krowianki w rozcieńczeniu 1:200. Daje ono tę samą ochronę jak szczepienie zwyczajne, ma jednak dotychczas tylko teoretyczne znaczenie. U dzieci z wypryskiem jest tak samo przeciwwskazane jak zwykłe szczepienie naskórne. *Dr. Quest.*

Bolle, Schlungbaum i Schroeder. **W sprawie badania tuberkuliną krów, których mleko przeznaczone jest do karmienia niemowląt.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1910 N. 26).*

Do kontroli krów w kierunku gruźlicy służą nam szczepienia podskórne tuberkuliną, dokładna obserwacya kliniczna ze strony weterynarza i badanie bakteryologiczne mleka.

Szczepieniu poddano 204 krów i stosowano za pierwszym razem 2 cm.^{3} tuberkuliny przy późniejszych szczepieniach 1 cm.^{3}. Bakteryologiczne badania przeprowadzano w ten sposób, że wstrzykiwano morskim świnkom mleko a po kilku tygodniach wykonywano sekcyę tychże. Na 304 krów wypadło szczepienie 84 razy dodatnio, pomimo tego tylko mleko jednej krowy wywołało gruźlicę u świnki morskiej. Na podstawie tych doświadczeń dochodzą autorowie do wniosku, że szczepienia tuberkuliną nie są miarodajne, dla zawartości prątków gruźliczych w mleku i że pod tym względem większe znaczenie mają częste badania kliniczne i bakteryologiczne. *Dr. Quest.*

Moellers. **Badania tuberkuliną krów, których mleko służy do karmienia niemowląt.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1910 N. 26).*

Najpewniejszym środkiem według Banga aby dla niemowląt dostarczać mleko wolne od prątkcw gruźliczych jest wydalenie ze stajni wszystkich krów, które reagują dodatnio na tuberkulinę, a równocześnie wychodowanie młodego potomstwa wolnego od gruźlicy. Metoda ta jednak jest połączona z wielkiemi trudnościami szczególnie kwestyi pieniężnej, dlatego też Ostertag wydala jedynie te zwierzęta, które okazują zmiany gruźlicze na podstawie badań klinicznych i bakteryologicznych a odosabnia cielęta już od 2. dnia życia do osobnej stajni, gdzie dostają jako pokarm przegotowane mleko. Autor zwraca się przeciw Bollemu, któryby chciał zaniechać szczepień tuberkuliną, gdyż każde zwierzę, dające dokładny odczyn tuberkuliną, musi być uważane za zakażone gruźlicą, choćby nawet utajoną. Kliniczna obserwacya jest koniecznie potrzebną, tak samo badania bakteryologiczne. Te ostatnie mają jednak tę ujemną stronę, że o ich wyniku dowiadujemy się dopiero po upływie 3 do 4 tygodni, t. j. po dokonaniu sekcyi morskiej świnki. Według zdania autora badania kliniczne zwierząt i bakteryologiczne mleka muszą być koniecznie połączone z szczepieniem tuberkuliną, ażeby dać pewność, że mleko z danej stajni jest wolne od prątków gruźliczych. *Dr. Quest.*

Brückner, **O znaczeniu poronuych przypadków duru u dzieci dla rozszerzania się epidemii duru brzusznego.** *(Münch. med. Wochenschrift 1910 N. 23).*

Dur brzuszny występuje u dzieci do lat 10 daleko częściej jak dotychczas utrzymywano. Bywają epidemie jak opisane właśnie przez autora, w których dzieci zapadają nawet w stosunkowo większej ilości niż dorośli. Przeoczono dotychczas fakt ten szczególnie dlatego, bo u dzieci przebieg choroby jest z reguły mniej ciężki jak u dorosłych a daje czasem tylko objawy nieżytu żołądka i jelit, tak że dzieci podczas całej choroby stykają się ze zdrowymi i przenoszą chorobę na swe otoczenie. Długo się przeciągające epidemie mogą być spowodowane właśnie przez takie lekkie a nie rozpoznane przypadki duru brzusznego u dzieci i osesków. Autor zaleca tedy zwracać szczególną uwagę podczas epidemii na zaburzenia przewodu pokarmowego u dzieci, a w przypadkach wątpliwych zastosować badania bakteriologiczne. Wczesne rozpoznanie takich przypadków umożliwi wczesne zarządzenia środków ochronych przeciw nagminnemu rozszerzaniu się choroby. *Dr. Quest.*

Siegert, **O zapobieganiu i leczeniu odry.** *(Deut. med. Wochenschrift 1910 N. 31).*

W okresie wylęgania się odry, trwającym 8 do 10 dni nie ma jeszcze skłonności do przenoszenia tej choroby. Niebezpieczeństwo zarażenia się rozpoczyna się dopiero w okresie nieżytu (3 do 4 dni) a wzmaga się w czasie wystąpienia wysypki; znika zaś po ustąpieniu wysypki i gorączki. Wszystkie osoby, które odry jeszcze nie przechodziły a stykały się z chorymi w okresie nieżytu i wysypki musi się uważaś za zakażonych. Rozpoznanie odry w okresie nieżytu połączone jest z pewnemi trudnościami i tylko stwierdzenie obecności plamek Koplika może nas upewnić w dyagnozie. Możliwość zarażenia się kończy się z ustąpieniem wysypki i gorączki. Zarodek choroby wydzielany przez chorego jest bardzo wrażliwy na wpływy zewnętrzne jak powietrze i światło i ginie nawet bez desynfekcyi po kilku godzinach, to też tylko w przeciągu tego czasu może być przeniesiony przez trzecie osoby. Jeżeli dziecko uczęszczało aż do dnia wystąpienia wysypki do szkoły to wszystkie dzieci tej klasy, które

nie przechodziły jeszcze odry, muszą być oddane pod dokładną obserwacyę lekarską a to począwszy od 8. dnia po pojawieniu się pierwszego przypadku choroby. Podejrzane dzieci należy odosobnić co najmniej na przeciąg jednego tygodnia. Godne uwagi są wskazówki autora co do pielęgnowania chorych na odrę w szpitalach. Wobec tego, że odra czyni ustrój nadzwyczaj skłonnym do wszelakich zakażeń jak błonicą, płonicą, kokluszem a zakażenia takie mieszane występują często na oddziałach szpitalnych, radzi autor przy budowaniu pawilonów dla odry, nie urządzać wielkich sal wspólnych, ale większą liczbę oddzielnych, ażeby można w danym razie chorych z zakażeniami mieszanymi ściśle odsobnić. *Dr. Quest.*

Koch. **Gruźlica i rasa.** *(Zeitschr. f. Tuberkulose T. 15).*

Zdaniem autora rasa o jasnych włosach, niebieskich oczach, podłużnej czaszce jest więcej przysposobiona do gruźlicy, jużto z powodu dziedzicznego podkładu od wieków sięgającego, jużto z powodu skłonności nabytych w ostatnich stuleciach. Typ tej rasy »płowej« wykazuje długą, stosunkowo wąską, płaską klatkę piersiową, wydłużoną szyję i kończyny, drobne kości, brak skłonności do tycia. Wobec niechybnego związku między cechami tej rasy a gruźlicą, należy dbać o lepszy rozwój fizyczny młodzieży, dążyć do poprawy rasy dzieci »typu płowego«, w szczególności do lepszego rozwoju klatki piersiowej u dzieci z dziedzicznym podkładem do gruźlicy (skrócenie siedzenia w ławkach, dłuższe przerwy szkolne, jednorazowa nauka, wprowadzanie zabaw ruchowych, sportu pływania, wiosłowania, usunięcie szkodliwych szelek u chłopców, u dziewcząt zaś wprowadzanie zreformowanych sukienek).

»Dużo martwego balastu naukowego można naszej młodzieży oszczędzić. W walce narodów o palmę pierwszeństwa i przewodnictwa nie zwyciężą uczeni o zapadłych klatkach piersiowych, uzbrojeni w okulary, ale rasa, która dba o harmonijny rozwój umysłowy i fizyczny). *Dr. Damm.*

Hygiena szkolna i społeczna.

Dr. Oebbecke z Wrocławia. **Lekarze szkolni.** *(III. międzynarodowy kongres dla hygieny szkolnej w Paryżu).*

Szkoła, z powodu różnorodnych stosunków zdrowotnych między dziećmi szkolnemi, z powodu, że dzieci zmuszone są codziennie po kilka godzin przesiadywać razem, dalej z powodu współżycia razem w jednej izbie dzieci pochodzących z różnych rodzin i z różnych domów, w końcu z powodu możliwości przeniesienia chorób zakaźnych z jednych dzieci na drugie, powinna mieć stałą kontrolę i regularne czuwanie lekarza nad dziećmi szkolnemi. Służbę tę spełnia administracyjny lekarz szkolny. (Verwaltungs-Szularzt, — médecin-inspecteur).

Badanie w szkole poszczególnych dzieci jest rzeczą bardzo pożyteczną ale nie konieczną w działaniu lekarskiem szkolnem. Samo masowe czuwanie inspektora — lekarza w szkole, może przynieść wiele korzyści dzieciom i narodowi, szczególnie tam, gdzie społeczeństwo nie jest w możności utrzymać większej ilości lekarzy szkolnych. Inspektor-lekarz (szkolny) przoz swój wpływ na władze szkolne i na samą szkołę może w kierunku hygienicznym stosunki szkolne znakomicie polepszyć.

Od lekarza-inspektora nie można żądać poszczególnego badania dzieci w szkole. Cierpienia poszczególnych dzieci są rozmaite, lekarz-inspektor może do współpracownictwa w szkole wezwać lekarzy specyalistów.

Urzędowemu inspektorowi-lekarzowi powinien być oddany nadzór hygienicsny wszystkich szkół miejskich w danej miejscowości. On prowadzi szkolno-

lekarską statystykę, on jest właściwym sanitarnym organem urzędowym przy władzach szkolnych. Jego służba jest uregulowana przez odpowiednią instrukcyę, w której przedewszystkiem powinny być zaznaczone regularne odwiedziny (rewizye) klas i wogóle szkół w danej miejscowości. Co się tyczy opieki lekarskiej (leczenia) nad poszczególnemi dziećmi, to mogą się tą czynnością zajmowac albo lekarze specyaliści odpowiednio ugodzeni, albo przy specyalnych poliklinikach powinny być oznaczone godziny przyjęć dla dziatwy szkolnej.

Co się tyczy kosztów leczenia i wykonania wszystkich lekarskich zarządzeń, to referent wychodzi z tego zapatrywania, że ponieważ w interesie społeczeństwa leży siła i zdrowie dzieci, ponieważ tylko w szkole społeczeństwo ma sposobność swoje fizyczne zdrowie i odporność zwiększyć, przeto społeczeństwo zarządowi szkolnemu powinno przyjść z wydatną pomocą materyalną. Sam zarząd szkolny nie jest w możności pokryć wszystkich tych wydatków z własnych funduszów.

Mianowicie w ostatnich czasach pojawiły się projekta, aby ta sprawa została uregulowaną drogą prawodawczą, przez Kasy chorych. Wszak rozchodzi się tutaj w szkołach ludowych o dzieci ubogie, które z powodu ubóstwa pozbawione zą zupełnie opieki lekarskiej. Przecież jak słusznie twierdzi referent, uczeń zostaje wychowany i uczony nietyiko dla rodziców lecz i dla całego społeczeństwa względnie państwa. W wystarczającą działalność lekarzy specyalistów w szkole w dalszych wywodach sam referent nie bardzo wierzy. Ich czynność musiałaby być niezupełna, ograniczona tylko na specyalne części ciała ludzkiego. Zadania, jakie wymaga hygiena szkolna, byłycy tylko w bardzo małej części przez tych specyalistów wykonane.

Referent wierdzi, że może lepiej te zadania wykonałyby polikliniki szkolne.

Tak czynność lekarzy specyalistów, jak i poliklinik, byłaby czynnością ambulatoryjną.

Jako organ pomocniczy wprowadza referent do szkoły na wzór angielski i amerykański tz. sanitarne szkolne dozorczynie. Wprowadzenie tych dozorczyń uzasadnia w ten sposób: Zabiegi lekarskie w szkołach niemiałyby dodatniego rezultatu, gdyby równocześnie nie współdziałali rodzice i w domu u siebie lekceważyli wskazówki lekarza. Referent w szczególności ma na myśli błędy cielesne, słabość i niedostateczny rozwój organizmu ucznia. Taka siostra informuje się o stosunkach domowych ucznia i zdaje relacye lekarzowi specyaliście lub lekarzowi naczelnemu. Siostra taka ma być pośrednikiem między lekarzem a domem ucznia. Aby ta skomplikowana służba sanitarno-szkolna była sprężystsza więcej ześrodkowana a nierozbieżna, proponuje reforent regularne konferencye między lekarzem-inspektorem, lekarzem szkolnym (specyalistą) i siostrą sanitarno sskolną. (Sanitaryuszka szkolna).

Lekarz inspektor powinien możliwie najczęściej być obecnym przy badaniach policliniczno-szkolnych dzieci, lub przy badaniach lekarzy specyalistów. Naodwrót, Lekarze polikliniczni szkolni, luk lekarze specyaliści szkolni, powinni możliwie najczęściej towarzyszyć lekarzowi inspektorowi przy rewizyabh klasowych.

W stosunku lekarzy szkolnych do zarządu szkolnego, lekarz inspektor powinien być organem pośredniczącym, który o każdej sprawie powinien wiedzieć, zanim ta sprawa dostanie się do głównego administracyjnego zarządu szkolnego.

Na siostrę szkolną wkłada referent również dalsze obowiązki. Sanitaryuszka szkolna powinna w interesie ogólnej hygieny być pionierką hygieny domowej w domach rodziców dzieci szkolnych. Powinna pouczać po domach, jakie powinny być zdrowe mieszkania, jaki powinien być hygieniczny podział pracy podczas dnia, jak człowiek powinien używać snu i pokarmu i t., d.

O dzieci upośledzone umysłowo lub cieleśnie powinien troszczyć się zarząd szkolny, tworząc dla tych dzieci osobne szkoły, osobne klasy lub osobne kursa. *Dr. K.*

KRONIKA.

Walne Zebranie Tow. hygienicznego odbędzie się 8. maja (poniedziałek) godzina 6. wieczorem; w razie braku dostatecznej ilości członków, odbędzie się o pół do siódmej bez względu na ilość obecnych. Dom Izby handlowej ul. Boularda.

Na ostatniem posiedzeniu wydziału Tow hygienicznego Prof. Dr. Panek poruszył sprawę, która w życie wprowadzona, może mieć doniosłe znaczenie w rozwoju kultury hygienicznej naszego społeczeństwa. Mianowicie w porozumieniu z gronem pań z Tow. Kółek rolniczych ma być utworzona sekcya hygieny ludowej, która obejmie zadanie popularyzacyi hygieny w Kołach włościańskich. Sprawa na razie jeszcze nie dojrzała, gdyż ma być bliżej omówiona wraz z paniami z Tow. Kółek rolnicz. Zdaje się, że wydawanym będzie popularny miesięcznik hygieniczny, gdzie nietylko włościanin, ale w ogóle i szersza publiczność będzie mogła obznajamiać się z zasadami elementarnej hygieny.

Na posiedzeniu w d. 18. III. b. r. obradowała krajowa Rada Zdrowia we Lwowie nad następującemi sprawami: 1. Zakład szczepień leczniczo-ochronnych przeciw wściekliźnie. 2. Sprawozdanie Prof. Kučery o urządzenach przeciw-dżumowych w Odesie. 3. Szpital powszechny w Nadwórnie. 4. Okręg sanitarny w Zabłotowie.

Śmiertelność z chorób zakaźnych we Lwowie w marcu 1911.

Zmarło osób z powodu krztuśca 0, róży 3, dyfteryi 2, odry 3, influency 1, duru brzusznego 0, tężca 0, szkarlatyny 5, nagminnego zapalenia opon mózgowych 0.

Zmarli na gruźlicę w marcu 1911 r.

Chrześcian: 24 dzieci, 64 osób starszych. Żydów: 4 dzieci, 9 osób starszych razem 101.

TREŚĆ.

I. Związkowa drukarnia we Lwowie, ulica Lindego l. 4.